Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałów.

Odczyt wygłoszony w sekcyi medycyny wewnętrznéj na Zjeździe lekarzy i przyr. w Krakowie d. 18 lipca 1891 r.

Napisał
Dr. Alfred Sokołowski,
Ordynator szpitala św. Ducha w Warszawie.

Obserwując przez czas dłuższy rozmaite cierpienia migdałów, spostrzegając najrozmaitsze objawy kliniczne i zestawiając je ze zmianami anatomicznemi, dochodzi się do przekonania, że patologija tych organów nie jest tak prostą i szczupłą jakby się wydawać mogło, przeglądając którykolwiek ze stosownych podręczników.

Migdały, zawdzięczając z jednéj strony swéj budowie anatomicznéj, a z drugiéj być może swéj roli fizyjologicznéj są gruntem bardzo podatnym, na którym rozwijać się mogą najrozmaitsze cierpienia zależne bądź od zaburzeń fizyjologicznéj czynności tych organów, bądź od przypadkowych zakażeń. Szczupłe ramy, w których dziś poglądy swoje na niektóre cierpienia zawrzeć muszę, pozwalają mi zaledwie na zaznaczenie wybitniejszych charakterystycznych cech badanych przezemnie spraw, lecz w każdym razie sądzę, iż będą one wystarczającemi, aby dowieść słuszności mych poglądów. Ograniczę się dziś na opisie niektórych cierpień, umiejscowionych wyłącznie w kryptach migdałów i charakteryzujących się obok innych zmian zwiększoną wydzieliną. Lecz i tu zastrzedz

sobie muszę, że będę mówił tylko o tych sprawach, przy których wydzielina jest znacznie zwiększoną, morfologicznie zmienioną i zawsze gołem okiem przy badaniu spostrzeganą. Każdemu z klinicystów doskonale znanemi są rozmaite zapalenia migdałów, przy których z krypt wydzielają się białoszarawe masy. Każdy wie o tem, że podobne masy wydzielają się raz w sprawach ostrych, .to znów w sprawach chronicznych; wydzielają się one bądź pod postacią twardych czopów, bądź też wypływają z krypty pod postacią ciągnącéj się masy i że nareszcie badane pod mikroskopem najrozmaitszą budowę wykazują. Najczęściéj w kryptach spotykamy się z czopami mniej lub więcéj twardemi, składającemi się prawie wyłącznie ze zrogowaciałych zbitych komórek nabłonkowych z małą domieszką ciałek limfatycznych. Czopy te siedzą zwykle głęboko w kryptach przerosłych migdałów i dopiero przy ucisku na migdał wychodzą na wierzch. Zaznaczając, że czopy te siedzą w kryptach przerosłych migdałów, nie chciałbym przez to przypisywać przerostowi jakiegoś znaczenia przyczynowego. Że zmiany, jakim podlegają migdały przy przeroście, mogą wpływać na zatrzymywanie się wydzieliny krypt, nie ulega to najmniejszéj wątpliwości, lecz biorąc pod uwagę budowę przed chwilą opisanych czopów, musimy obok przerostu przypuścić jakieś inne cierpienie, któreby wywoływało mocne bujanie i złuszczanie się nabłonków krypty wyścielających. Aby się przekonać, że przy przeroście migdałów łatwiéj niż w jakichkolwiek innych warunkach wydzielina krypty zatrzymać się może, dostatecznem jest otworzyć kryptę stwardzonego w alkoholu przerosłego migdała. Prawie zawsze ściany podobnéj krypty są zasypane drobnemi ziarenkami, a czasem jakby brodaweczkami. Wielokrotnie badając pod mikroskopem podobne krypty, przekonałem się, że ziarenka i brodaweczki te są niczem innem, jak mocno przerosłemi folikułami, wrastającemi w światło krypty. Podobne wrastanie folikułów wywołuje zwężenie ujścia krypty, a przez to zatrzymywanie się zawartości, która pozostając w krypcie przez czas dłuższy, jako ciało obce i rozkładające się drażni są-

siednie tkanki, doprowadza do katarów objawiających się najczęściéj proliferacyją i mocnem złuszczeniem się nabłonków. Widząc tak ścisły związek pomiędzy przerostem migdałów a podobnym katarem krypt, możnaby się na niego zapatrywać jako na jeden z objawów, jako niezbędne następstwo przerostu. Zwracając jednak baczniejszą uwagę na kliniczną stronę tego cierpienia, jako to częste wydzielanie się czopów, częsty ból i utrudnione łykanie, a następnie na ten fakt, że podobne katary deskwamacyjne chociaż rzadko jednak spotykałem w migdałach mało lub wcale nie przerosłych, stanowczo skłaniam się ku oddzieleniu tego cierpienia od zwykłego przerostu migdałów, a nawet ku nadaniu oddzielnego miejsca w klasyfikacyi cierpień migdałów pod nazwą *tonsillitis lacunaris desquammativa chronica.* Sprawa ta jak wiadomo jest zawsze przewlekłą i pomimo najrozmaitszych rękoczynów ustępuje bardzo trudno; wycięcie nawet migdałów, które jakby się wydawać mogło, powinnoby radykalnie uleczyć chorego, nie zawsze do celu doprowadza. Niekiedy u chorych podobnie cierpiących zjawia się pogorszenie, charakteryzujące się mocnym bólem gardła, zaczerwienieniem i obrzękiem błony śluzowéj migdałów. Badając gardziel, spotykamy się z temi samemi czopami, cała różnica polega na tem, że tam czopy przy ucisku na migdał łatwo się wydzielały, tu zaś siedzą w kryptach bardzo mocno. Badanie mikroskopowe samych czopów i migdałów wyciętych w podobnym okresie przekonało mnie, że pod względem anatomicznym te dwie sprawy wcale się nie różnią. Zmiana obrazu klinicznego zależy wyłącznie od obostrzenia się sprawy chronicznéj. Co się tyczy przyczyn podobnych obostrzeń to za możliwe uważam dwa czynniki. Przed chwilą mówiłem, że przy obostrzeniu sprawy chronicznéj czopy w kryptach siedzą bardzo mocno. Przyczyną podobnego utkwienia czopów może być z jednéj strony tak mocne zbliżenie się ścian krypt wskutek przerostu folikułów, że nie wystarczającą jest siła działających na migdał mięśni, aby je usunąć, a one dopiero jako ciała obce wywołują obostrzenie lub też przyłącza się jakiś zapalenie, chociażby chara-

kteru surowiczego, które wywołując przekrwienie i obrzęk ścian krypt, utrudnia wydzielanie się zawartości. Jednem słowem przypuszczam, że z jednéj strony samouwięźnięcie czopów może wywoływać obostrzenie, z drugiéj zaś strony obostrzenie jest wywołane innym jakimś czynnikiem chociażby natury reumatycznéj, a uwięźnięcie czopów jest tylko objawem następowym. Bez wątpienia i w tym razie nie pozostanie ono bez wpływu i odbije się czy to na natężeniu czy też na przewlekłości sprawy, tembardziéj że prawie we wszystkich czopach wykrywałem rozmaite pasorzyty, a nawet w jedym przypadku aktinomykozę. Mówiłem, że żadnych podstaw anatomicznych, któreby wyraźnie charakteryzowały to cierpienie, nie mam, że badania mikroskopowe dały mi prawie te same obrazy, jakie obserwowałem przy chronicznym przebiegu téj sprawy. Lecz i w tym razie, również jak w pierwszym, klinika zmusza mnie do pewnych ustępstw na jéj korzyść. Grunt na którym rozwijają się te obostrzenia, jednem słowem chroniczne wydzielanie się czopów, daje często jak mówiłem objawy małe i niewyraźne, a tymczasem obostrzenie ma tak wybitne cechy sprawy ostréj, że nie oddzieliwszy jéj, przyczyniłbym się do nowéj plątaniny i tak nie zbyt jasnych pojęć w téj kwestyi.

Jeżeli chory nic nie wiedząc o swem chronicznem cierpieniu przyjdzie do lekarza ze wszystkiemi objawami sprawy ostréj, to ostatniemu nie możemy się dziwić, że się zawaha wpierw nim ją nazwie chroniczną. Dlatego też uważając ją za chroniczną obostrzoną jedynie ze względów czysto praktycznych, proponuję również oddzielenie téj sprawy i nazwanie jéj *tonsillitis lacunaris desquamativa exarcebata*. Za sprawę ostrą *desquamativa acuta acuta* uważać jéj nie mogę, gdyż w podobnych sprawach dochodzi do całkowitego złuszczenia całéj warstwy nabłonkowéj. Na tych miejscach tworzą się erozyje, czego w badanych przezemnie przypadkach nie spostrzegałem. Bardzo jest rzeczą możliwą, że sprawa ta istnieje w migdałach oddzielnie; proponując więc nazwę, znów nie byłbym w zgodzie z anatomiją.

Mówiąc o sprawach zapalnych migdałów zlokalizowanych do krypt, nie mogę pominąć tak ważnéj i częstéj sprawy, o któréj już tyle mówiono i pisano, mianowicie o tak zwanéj *angina follicularis*. Nie mogę tu obszerniéj zatrzymywać się nad literaturą danego cierpienia, muszę jednak wspomnieć o podstawowéj pracy B. Fraenkla z Berlina (1886 r.) p. t. „*Angina lacunaris und diphteritica*". Autor zalicza to cierpienie do chorób czysto zakaźnych, zwraca uwagę na częste tak zw. epidemije domowe, na możliwość przejścia téj sprawy w błonicę, nareszcie na poparcie związku tych dwóch spraw przytacza przykłady, w których jeden osobnik zarażając się od drugiego cierpiącego na t. zw. *anginam lacunarem*, dostawał błonicy lub odwrotnie. Daléj opisuje swe badania bakteryjologiczne, nad wydzieliną krypt przy tem cierpieniu. Zdołał on wyhodować trzy gatunki; jeden *diplococcus*, drugi przypominający *staphylococcus pyogenes aureus*, trzeci *staphylococcus pyogenes albus*. Szczepienia jednakże nie dały żadnych pozytywnych rezultatów i dlatego też żadnemu z tych pasorzytów autor specyficznych własności nie przypisuje. Na zakończenie przyznając że tak zw. *angina lacunaris* jest ściśle związaną z błonicą, Fraenkel stanowczo oddziela ją od błonicy na podstawie badań mikroskopowych dokonywanych nad wydzieliną. Autor nigdzie nie wykrywał włóknika i dodawszy do tego nieco słabsze objawy kliniczne w porównaniu z błonicą, uważa twierdzenie swoje za zupełnie uzasadnione.

Ja badałem nieco odmienne zmiany, które się odbywają w migdałach w *angina lacunaris*, niż to czynił Fraenkel. Nie ograniczałem się na badaniu wydzieliny krypt, lecz wycinałem u téj kategoryi chorych cały migdał i zatopiwszy go w parafinie, badałem skrawki pod mikroskopem. Aby dowieść, że miałem do czynienia z rzeczywistą tak zw. *angina lacunaris*, opowiem w paru słowach objawy kliniczne i zmiany na migdałach, jakie spostrzegałem u operowanych chorych. Podobnie zajęte migdały wycinałem u trzech chorych. Byli to ludzie młodzi od lat 12 do 29, często zapadający na rozmaite cierpienia gardła. Dwoje z nich opo-

wiadało, że kilkakrotnie przedtem przebywali błonicę. Przychodzili rozgorączkowani, skarżąc się na mocny ból gardła. Przy badaniu znajdowałem ciepłotę dochodzącą do 39°, usta spieczone, gruczoły szyjowe powiększone i bolesne. We wszystkich przypadkach znajdowałem jeden migdał mocno powiększony i zaczerwieniony. Na jego powierzchni spostrzegałem liczne, biało-żółtawe plamki ściśle ograniczone do ujścia krypt. Przy dotknięciu sondą widziałem, że plamki te nie są niczem innem jak wydobywającą się z krypt zawartością, która pod wpływem ucisku wypływała pod postacią biało-żółtéj, ciągnącéj się masy. Inne części gardziela były umiarkowanie zaczerwienione, w krtani i jamie nosogardzielowéj żadnych zmian nie wykrywałem.

Charakterystycznem jest, że wogóle autorowie przy wskazaniach do wycinania migdałów zaznaczają, że ostre zapalenie migdałów jest stanowczem przeciwskazaniem do operacyi, gdyż mogą nastąpić obfite następowe krwawienia. W operowanych przezemnie przypadkach nie miałem podobnego powikłania, sądzę więc, że obawa ta jest może nieco przesadzoną.

Na skrawkach barwionych sposobem Weigerta znajdowałem przedewszystkiem mocno rozszerzone krypty i całkowicie wypełnione zawartością. Zawartość ta różniła się od mas, o których mówiłem przy *tonsillitis desquamativa*. Tu uderzała wielka ilość ciałek limfatycznych, pasorzytów i obecność siateczki włóknikowéj. Co się tyczy grzybków, to spostrzegałem prawie wyłącznie drobniutkie diplokoki, lecz obok nich spostrzegałem i inne gatunki, mianowicie streptokoki, pojedyncze koki i laseczniki, lecz nie gruźlicze. Włóknik we wszystkich przypadkach niewątpliwie znajdowałem, lecz stosunek jego do tkanek różnił się nieco od stosunku, jaki zwykle obserwujemy w złośliwéj błonicy. Tam siateczkę włóknikową widzimy głęboko wdrążającą się w tkankę i tkanka sama podlega nekrozie. Tu chociaż jedno i drugie można spostrzegać, jednak sprawa ta odbywa się bardzo łagodnie, nekrotyczne ogniska widziałem w niewielu miejscach i to tylko w powierzchownych warstwach tkanki.

Tkanka adenoidalna i folikuły nie przedstawiają żadnych ważniejszych zmian, prócz bardzo mocnéj infiltracyi. Dodawszy do tego wszystkiego, że komórki, między któremi widoczny był włóknik, źle się barwiły, musimy dojść do wniosku, że mamy tu do czynienia z typowem zapaleniem rzekomo błonowem *(infiltratio pseudomembranea)*, a cechami odróżniającemi je od zwykłego dyfterytu są: zawsze jednostajne umiejscowienie, mniejsza złośliwość i mniejsza tendencyja do rozszerzania się. Jednem słowem tak zw. *anginam lacunarem* uważam za sprawę identyczną z dyfterytem, tylko nieco mniejszego natężenia. Co się tyczy przyjętéj dotychczas nazwy „*angina follicularis*“ to wydaje mi się ona zupełnie nieuzasadnioną. Przez wyraz *angina* pojmujemy rozlane zapalenie gardziela, a wcale nie migdałów, a tembardziéj krypt. Nazwa *lacunaris* nieco bliżéj lokalizuje sprawę, lecz nic nie mówi o jéj istocie. *Angina lacunaris* może przecież być *catarrhalis, pseudomembranacea*, *tuberculosa* i t. d., sama przez się *angina lacunaris* nic bliżéj nie określa. — Określenie zaś tak często używane *angina follicularis* w tym znaczeniu jest podług mnie zupełnie błędnem, gdyż follikuły są tu zawsze wolnemi. Najracyjonalniejszym terminem wydaje mi się *tonsillitis lacunaris pseudomembranacea*, gdyż termin ten ściśle lokalizując sprawę daje również pewne pojęcie o istocie samego zapalenia.

Zaznaczyć muszę, że nie mam żadnych podstaw, aby módz cośkolwiek powiedzieć o etylojologii tego cierpienia, gdyż nie robiłem kultur i doświadczeń na zwierzętach. — Zauważyć muszę, że praca w tym kierunku przedstawia kolosalne trudności ze względu na bezpośrednią komunikacyję krypt z jamą ustną. Nad pytaniem tém pracowało już wielu badaczy (Frenkel, Seifert, Gabbi, Czajkowski i inni), a jednak żadnych pozytywnych danych, dotychczas nie mamy. Sądzę jednak, że gdyby nawet badania dokonywane w tym kierunku dały jakiekolwiek pozytywne rezultaty, nie zmienią one mych zapatrywań na istotę saméj sprawy, opartych na badaniach anatomo patologicznych.

Wyniki otrzymane z badania patologicznego pozwalają czynić bardzo ważne wnioski praktyczne, zapatrując się bowiem na tak zw. *anginam follicularem*, jak na lekki stopień zakażenia dyfterytycznego lekarz winien przedsięwziąć wszystkie te same środki profilaktyczne jak i w zwykłym dyfterycie, doświadczenie bowiem kliniczne już dawno wykazało, że w jednym i tym samym domu po zapadnięciu jednéj osoby na tak zw. *anginam follicularem*, inne późniéj zapadały na zwykłą mniéj lub więcéj ciężką błonicę, a co sobie tłomaczono wystąpieniem niezależnéj od tamtych spraw innego rodzaju infekcyi.

Praca, zawierająca szczegółowe wyniki badań, dokonanych wspólnie z asystentem moim Dr. Dmochowskim, pomieszczoną zostanie w „Gazecie Lekarskiej".

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" r. 1891. Nr. 31.

Kraków, 1891. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.